

# Haasteena oikeudenmukaisuus – keski-ikäisten kokemuksia hammashoito-uudistuksesta pääkaupunkiseudulla

ANNAMARI NIHTILÄ – EEVA WIDSTRÖM

## Johdanto

Kansanterveyslakia säädettäessä 1970-luvun alussa tavoitteena oli muun perusterveydenhuollon järjestämismallin mukaisesti ottaa koko väestö myös kunnallisten hammashoitopalvelujen piiriin. Aikaa ehti kuitenkin kulua 30 vuotta, ennen kuin tähän tavoitteeseen päästiin. Terveyskeskusten hammashoitoa kohdennettiin alkuvaiheessa – keskushallinnon ohjauksessa – pitkään lapsiin ja nuoriin ja joihinkin erityisryhmiin, ja muun väestön hoito jäi pääosin yksityissektorille. 1980-luvun puolivälistä yksityisten hammashoitopalvelujen kustannuksia ryhdyttiin asteittain subventoimaan sairausvakuutuksesta alkaen nuorista ikäluokista. 1990-luvun alkuun osunut vaikea lama ja hallinnolliset uudistukset viivästyttivät hammashoidon kehittämistä, vaikka syntymävuosiin sidotut ikärajat terveyskeskusten hoidon piiriin kuulumisessa ja yksityisen hoidon sairausvakuutuskorvauksissa laajensivatkin yhteiskunnan tukeman hammashoidon piirissä olevien aikuisten määrää vähän kerrallaan. Kansanterveyslakiin tehdyt muutokset velvoittivat kunnat järjestämään suun terveydenhuoltopalvelut koko väestölle – viimeistään joulukuussa 2002. Uudistuksen toteuttamiseen kunnille myönnettiin siirtymäaikaa niin, että hoidon piiriin kuuluvat voitiin kuntien omilla päätöksillä rajata alle 46-vuotiaisiin (vuonna 1956 ja sen jälkeen syntyneisiin) vuoden 2001 loppuun ja alle 57-vuotiaisiin (vuonna 1946 ja sen jälkeen syntyneisiin) 30.11.2002 asti.

*Kiitämme Suomen Akatemian Terveys- ja elämäntutkimus-ohjelmaa tutkimuksen rahoittamisesta.*

Myös yksityisen hammashoidon korvaukset ulotettiin perushoidon (perushoitoon ei kuulunut protetiikka eikä oikomishoito) osalta koskemaan koko väestöä. Tämän tapahtui porrastetusti niin, että korvattavan hoidon piiriin tulivat 1.4.2001 alle 56-vuotiaat (vuonna 1946 ja sen jälkeen syntyneet). Vanhemmat ikäryhmät tulivat korvattavan hammashoidon piiriin 1.12.2002.

Uudistuksen tavoitteena oli parantaa eri väestöryhmien tasa-arvoa hoitopalveluiden saatavuudessa ja vähentää hoitokustannusten merkitystä hoitoon hakeutumisen esteenä. Tavoitteena oli myös saattaa suun ja hampaiden hoito samaan asemaan muun terveydenhuollon kanssa niin, että palvelut järjestetään ja annetaan potilaan terveydentilan edellyttämän hoidon tarpeen eikä iän perusteella.

Ennen hammashoito-uudistuksen voimaantuloa noin kolmannes väestöstä asui sellaisilla, useimmiten pienillä paikkakunnilla, joilla terveyskeskus tarjosi suun terveydenhoitoa kaikille ikään katsomatta. Toinen kolmannes asui kunnissa, joissa palveluja tarjottiin silloin voimassa olleen kansanterveysasetuksen mukaisesti ensisijaisesti vuonna 1956 syntyneille ja sitä nuoremmille sekä mahdollisesti vielä joihinkin erityisryhmiin kuuluville. Kolmannes väestöstä asui sellaisissa kunnissa, usein suurissa kaupungeissa, joissa suun terveydenhoito oli kunnan omalla päätöksellä rajoitettu koskemaan asetuksen suositusta nuorempia ikäryhmiä (Widström & al. 1997). Pääkaupunkiseudun suuret kaupungit kuuluivat viimeksi mainittuun ryhmään ja vain hyvin pienellä osalla joihinkin erityisistä syistä priorisoituihin ryhmiin kuuluvilla yli 40-vuotiailla oli ennen uudistusta ollut mahdollisuus käyttää terveyskes-

kusten hammashoitopalveluita pääkaupunkiseudulla. He eivät myöskään olleet saaneet sairausvaikutuskorvauksia yksityisestä hammashoidosta.

Suurissa ja keskisuurissa kaupungeissa keväällä 2004 tehdyn johtavien hammaslääkärien puhelinhaastattelututkimuksen tulokset osoittivat, etteivät kaikkien suurten kaupunkien terveyskeskukset olleet pystyneet toteuttamaan uudistusta, vaan jonot olivat monin paikoin pitkiä. Lähes kaikki terveyskeskukset pystyivät kuitenkin työpäivinä tarjoamaan koko väestölle kiireellistä hammashoitoa, mikä sekin oli huomattava muutos aikaisempaan tilanteeseen verrattuna (Widström & Nihtilä 2004).

Aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että suun ja hampaiden terveydentila on erityisesti aikuisväestöllä ollut selkeästi yhteydessä väestöryhmien sosiaaliseen taustaan niin, että hyvin koulutetuilta ja hyvin toimeentulevilta on jouduttu poistamaan vähemmän hampaita kuin vähemmän koulutetuilta ja huonommassa taloudellisessa asemassa olevilta (Nyman 1990; Vehkalahti & al. 1991). Valtakunnallisen, vuonna 2000 tehdyn kliinisen väestötutkimuksen mukaan (Terveys 2000 -tutkimus) aikuisten suun terveys oli yleisesti parantunut (Suominen-Taipale & al. 2004). Varsinkin hampaattomuus ja hampaiden reikiintyminen olivat vähentyneet. Sosioekonomiset erot suun terveydessä olivat aikuisilla kuitenkin edelleen suuria. Eniten koulutusta saaneilla oli enemmän omia ja terveitä hampaita kuin vähemmän koulutetuilla. Myös alueelliset erot olivat selviä ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä hampaattomuus oli harvinaisempaa kuin muualla maassa. Koulutettu ja hyvin toimeentuleva väestönosa on tutkimusten mukaan vuosien varrella myös käyttänyt huomattavasti enemmän hammashoitopalveluita kuin vähemmän koulutettu ja alempituloinen väestö. Maan etelä- ja lounaisosissa hammashoitopalveluja on käytetty enemmän kuin muualla maassa (Poutanen & Widström 2001; Widström & al. 2005).

Tämän kyselytutkimuksen tarkoituksena oli arvioida hammashoitouudistuksen toteutumista kuluttajan näkökulmasta. Tutkimuksessa analysoitiin pääkaupunkiseudun varttuneiden aikuisten hammashoitopalveluiden käyttöä ja siinä hammashoitouudistuksen seurauksena mahdollisesti tapahtuneita muutoksia. Erityisesti tarkasteltiin hoitopalvelujen käyttöä, hoitoon pääsyä ja kustannuksia. Tutkimuksen tuloksia verrattiin pääkaupunkiseudulla ennen uudistusta teh-

dyn vastaavanlaisen kyselytutkimuksen tuloksiin (Hiiri & al. 2001).

## Aineisto ja menetelmät

Väestörekisterikeskuksen rekisteristä poimittiin 600 henkilön satunnaisotos vuonna 1948 syntyneistä ja samansuuruinen otos vuonna 1954 syntyneistä Espoon, Helsingin ja Vantaan asukkaista. Näille 50- ja 56-vuotiaille tutkittaville postitettiin esitestattu ja strukturoitu kyselylomake ensimmäisen kerran marraskuussa 2004 ja toistamiseen tammikuussa 2005. Lomakkeessa kysyttiin, oliko vuosina 2001–2002 voimaan tullut hammashoitouudistus muuttanut tutkittavien hoitokäyttäytymistä ja jos oli, niin miten ja kokivatko he hyötynensä uudistuksesta. Hammashoitopalveluiden käyttöä selvitettiin kysymyksillä edellisestä hammashoitokäynnistä kuluneesta ajasta, hoitokäyntien määrästä, hoitoon hakeutumisen tai hakeutumatta jättämisen syistä ja hoitokustannuksista. Vastaajia pyydettiin myös arvioimaan suunsa terveyttä ja mahdollista hoidon tarvetta. Kotihoitoa kartoitettiin kysymyksellä harjausaktiivisuudesta. Osa kysymyksistä oli samoja kuin pääkaupunkiseudun 50-vuotiaille aikuisille aikaisemmin tehdyssä kyselyssä (Hiiri & al. 2001). Avoimen kysymyksen muodossa vastaajilla oli myös tilaisuus tehdä ehdotuksia hammashoidon edelleen kehittämiseksi.

Kyselyyn vastasi 646 henkilöä. Seitsemää henkilöä ei tavoitettu osoitetietojen muuttumisen takia, ja heidät jätettiin pois aineistosta. Kolme henkilöä soitti ja piti lomaketta työläänä ja liian monimutkaisena täyttää ja neljä lomaketta palautettiin määräajan jälkeen, eikä niitä voitu ottaa mukaan analyysiin. Naiset osallistuivat kyselyyn vähän miehiä aktiivisemmin (59,0 %). Osoitetiedoissa naisten osuus oli 55,6 prosenttia. Espoossa vastausprosentti oli 60,3, Helsingissä 52,2 ja Vantaalla 50,2. Kokonaisvastausprosentiksi tuli 54,1. Aineistoa analysoitiin sukupuolen, asuinpaikkakunnan, koulutuksen ja käytetyn hoito-sektorin suhteen. Tuloksia verrattiin soveltuvin osin vuonna 1998 pääkaupunkiseudun 50-vuotiaille tehdyn vastaavanlaisen tutkimuksen tuloksiin. Prosenttijakautumien vertailussa käytettiin khin neliötestiä. Hammashoitokustannusten vertailussa vuoden 1998 aineistoon käytettiin Suomen Kuntaliiton sairaalakustannusindeksiä.

*Taulukko 1. Vastaukset kysymykseen, milloin olette viimeksi käynyt hammaslääkärillä, asuinpaikkakunnan mukaan jaoteltuina, %*

Käynyt hammashoidossa	Espoo n = 136	Helsinki n = 367	Vantaa n = 124	Kaikki n = 633
Viimeksi kuluneiden 12 kk:n aikana	80,1	76,8	84,7	79,1
Kahden viime vuoden aikana	9,6	8,7	7,3	8,7
Yli kaksi vuotta sitten	5,9	10,4	5,6	8,4
Yli viisi vuotta sitten	4,4	4,1	2,4	3,8

*Taulukko 2. Vastaukset kysymykseen, missä kävitte viimeksi hammashoidossa, asuinpaikkakunnan ja sukupuolen mukaan jaoteltuina, %*

Käynyt hammashoidossa	Espoo n = 136	Helsinki n = 373	Vantaa n = 121	Naiset n = 376	Miehet n = 252	Kaikki n = 636
Yksityishammaslääkärillä	84,6	79,1	76,0	80,6	78,4	79,7
Terveyskeskushammaslääkärillä	12,5	17,7	21,5	16,8	18,1	17,3
Muualla*	2,9	3,2	2,5	2,7	3,5	3,0

\*Vaihtoehdot: erikoishammasteknikko, YTHS, HUS/erikoishammashoidonyksikkö.

*Taulukko 3. Syyt hammashoittoon hakeutumiseen asuinpaikan, koulutuksen ja valitun hoitosektorin mukaan jaoteltuina (kysymykseen oli mahdollista antaa useita vastauksia), %*

	Espoo	Helsinki	Vantaa	Yliopisto tai korkea- koulu	Ammattitutkinto opisto	Yksityinen koulu	Yksityinen	Terveys- keskus	Kaikki
Tarkastus	56,5	46,5	50,8	52,1	53,1	44,5	52,9	36,4	49,7
Hammaslää- kärin kutsu	21,0	13,6	20,6	15,6	16,9	19,8	20,9	0,9	16,7
Paikkaus	40,6	39,4	31,0	32,3	36,7	45,1	37,1	46,4	37,9
Hammaskiven poisto	31,9	31,4	29,4	26,3	31,4	32,4	32,5	29,1	31,1
Särky tai vaiva	9,4	14,9	11,1	12,0	11,6	13,7	10,5	26,4	12,8
Proteesin teko									
tai korjaus	5,1	8,5	4,0	3,6	4,8	6,6	6,9	3,6	6,8
Tavan vuoksi	6,5	5,1	5,6	6,6	6,3	2,2	5,3	4,5	5,4
Muu vaiva									
tai vika	14,5	12,5	14,3	11,4	14,0	11,5	10,8	21,8	13,2

## Tulokset

### Hammashoitopalvelujen käyttö säännöllistä pääkaupunkiseudulla

Suurin osa kyselyyn vastanneista (79,1 %) ilmoitti käyneensä hammaslääkärillä viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana ja lähes kaikki vastanneet olivat käyneet hoidossa viiden viime vuoden aikana (taulukko 1). Hiljattain hoidossa käyneitä oli prosentuaalisesti eniten Vantaalla ja vähiten Helsingissä, mutta ero ei ollut tilastollisesti merkittävä. Useimmat olivat käyneet yksityisham-

maslääkärillä (79,7 %). Terveyskeskuksissa oli käynyt 17,3 prosenttia ja muissa hoitopaikoissa (yleisimmin erikoishammasteknikolla) 3,0 prosenttia (taulukko 2). Espoossa ja Helsingissä yksityissektoria käytettiin enemmän kuin Vantaalla. Kolmannes vastaajista (31,9 %) oli kahden viime vuoden aikana käyttänyt hammaskiven poistoa ja ehkäiseviä hoitotoimenpiteitä tekevien hammashuoltajien ja 7,4 prosenttia irtoprotee-seja tekevien ja korjaavien erikoishammasteknikoiden palveluja.

Tavallisin syy hammashoittoon hakeutumiseen

*Taulukko 4. Hammashoitosektoria vaihtaneet ja vaihtamista yrittäneet asuinkunnan ja koulutuksen mukaan jaoteltuina, %*

Hoitosektorin vaihto	Espoo n = 138	Helsinki n = 371	Vantaa n = 122	Kaikki n = 637	Yliopisto tai korkeakoulu n = 166	Ammattitutkinto opistotaso n = 206	koulutaso n = 176
Vaihtanut hoitosektoria	11,6	15,6	17,2	14,9	11,4	16,5	16,5
Yrittänyt vaihtaa, mutta epäonnistunut	9,4	8,6	7,4	8,5	8,4	8,3	10,2
Hoitosektori pysynyt ennallaan	79,0	75,7	75,4	76,6	80,1	75,2	73,3

oli suun ja hampaiden tarkastus. Muita hoitoon hakeutumisen syitä olivat paikkaus, hammaskiven poisto, hammaslääkärin kutsu ja hammasärky (taulukko 3). Terveyskeskushammaslääkärin hoitoon hakeuduttiin useammin hammasärryn tai muun vaivan vuoksi (26,4 % julkisella sektorilla käyneistä) kuin yksityishammaslääkärin hoitoon (10,5 % yksityishammaslääkärillä käyneistä) ( $p < 0.001$ ). Yksityishammaslääkärillä käynnin syy oli useammin tarkastus kuin terveyskeskuksessa käynnin. Terveyskeskushammaslääkärin hoidossa käyneistä ainoastaan 0,9 prosenttia ilmoitti hammaslääkärin kutsun käynnin syyksi, kun yksityissektorilla 20,9 prosenttia kutsuttiin hoitoon.

Hammaslääkäri oli tavallisimmin valittu pitkään jatkuneen hoitosuhteen perusteella (53,1 %) ja seuraavaksi tärkein syy hoitopaikan valintaan oli hoitoon pääsyn helppous (38,1 %). Viidennessä vastaajista (20,0 %) ilmoitti käyneensä yli 20 vuotta samalla hammaslääkärillä. Noin kolmannes (32,9 %) oli käynyt samassa paikassa 10–19 vuotta ja 17,6 prosenttia 5–9 vuotta. Alle 5 vuotta samalla hammaslääkärillä käyneitä oli 29,5 prosenttia. Keskimäärin vastaajat olivat käyneet samalla hammaslääkärillä 10,6 vuotta.

### Kiireelliseen hoitoon pääsy vaihteli

Lähes puolella vastaajista (42,7 %) oli ollut hammasärkyä, muuta vaivaa tai kiireellisen hoidon tarvetta hammashoitouudistuksesta kuluneiden kahden viime vuoden aikana. Tästä ryhmästä noin puolet oli päässyt hoitoon samana päivänä, terveyskeskushammaslääkärin vastaanotolle 17,1 prosenttia ja yksityishammaslääkärin vastaanotolle 35,7 prosenttia, ja toinen puoli oli joutunut odottamaan hoitoon pääsyä. Mikäli kiireellistä hoitoa joutui odottamaan, terveyskeskukseen pyrkineistä vastaajista enemmistö ja yksityisham-

maslääkärille pyrkineistä vajaa puolet oli joutunut odottamaan hoitoon pääsyä kolme päivää tai kauemmin.

### Neljännes vastaajista vaihtanut tai yrittänyt vaihtaa hoitopaikkaa

Hammashoitouudistus oli aiheuttanut muutoksia hammashoidossa käymiseen 18 prosentilla vastaajista. Hoitosektoria ilmoitti vaihtaneensa 95 vastaajaa ja lisäksi 54 vastaajaa oli yrittänyt vaihtaa, mutta epäonnistunut siinä (taulukko 4). Kaikissa kolmessa kaupungissa hoitosektorin vaihdossa onnistuneet vastaajat olivat useimmiten vaihtaneet yksityiseltä sektorilta julkiselle (63,8 %). Julkiselta yksityiselle sektorille oli vaihtanut 8,6 prosenttia ja molempien sektoreitten palveluita oli käyttänyt 27,6 prosenttia. Tavallisimmiksi syiksi hoitosektorin vaihtamiseen vastaajat ilmoittivat kustannussyistä (53,9 %), ”veronmaksajan oikeuden” valita itselleen sopiva hoitosektori (26,9 %) ja tyytymättömyyden aikaisempaan hammaslääkəriin (4,2 %). Muina syinä sektorin vaihtoon mainittiin päivystyskäynnit sekä terveyskeskuksessa että yksityissektorilla ja erikoishammaslääkäritasoisen hoidon tarve. Koulutustaustalla ei ollut yhteyttä hoitopaikan vaihtamiseen.

### Koettu suun terveys ja hoidon tarve

Yli puolet vastanneista (54,1 %) arvioi suunsa terveyden erittäin hyväksi tai hyväksi, 36,6 prosenttia kohtuullisen hyväksi ja 9,2 prosenttia huonoksi tai erittäin huonoksi. Kyselyyn vastanneista ainoastaan 1,3 prosenttia oli täysin hampaattomia ja 16,9 prosenttia ilmoitti, ettei heiltä puuttunut yhtään hammasta. Koettu hoidontarve oli suurinta koulutason ammattitutkinnon suorittaneilla (62,0 %). Opistotason ammattitutkinnon suorittaneista 40,3 prosenttia ja yliopisto- tai kor-

keakoulututkinnon suorittaneista vain 35,8 prosenttia koki olevansa hoidon tarpeessa.

Viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana hammashoidossa käyneistä vastaajista 63,6 prosentilla oli ollut vain vähäiseen hoidon tarpeeseen viittaava yksi tai kaksi hoitokäyntiä, 28,3 prosentilla kolmesta viiteen ja 8,1 prosentilla yli viisi käyntiä. Miehistä 9,9 prosentilla oli ollut enemmän kuin viisi hoitokäyntiä ja naisilla vastaava luku oli 6,9 prosenttia.

Vastaajista 111 henkilöä ilmoitti, ettei ollut käynyt hammaslääkärissä kahden viime vuoden aikana. Tärkeimmiksi syiksi palvelujen käyttämättömyyteen kerrottiin, ettei vastaaja kokenut tarvitsevänsä hoitoa (45,9 %), ja palvelujen kalleus (30,6 %). Hammashoidon kalleus esteenä palveluiden käyttämiselle ei ollut yhteydessä koulutustaan.

### Kotihoito ja hammasproteesit yhä ”luokkasymsyksiä”

Kolmasosalla vastanneista (32, 0 %) oli käyttömukavuudeltaan parempia ja hinnaltaan irtoprotee-seja huomattavasti kalliimpia kiinteitä hammasprotee-seja ja 7,0 prosentilla oli keinojuuria (implantteja). Proteesin käyttäjistä kiinteitä protee-seja oli eniten korkeasti koulutetuilla (taulukko 5). Koulutason ammattitutkinnon suorittaneilla oli enemmän irrotettavia protee-seja kuin korkeammin koulutetuilla ( $p < 0.001$ ). Keinojuuria oli kuitenkin yhtä paljon yliopiston tai korkeakoulun käyneillä kuin koulutason ammattitutkinnon suorittaneilla.

Kysyttäessä suun kotihoidosta 70,2 prosenttia vastaajista ilmoitti harjaavansa hampaansa (ammattilaisten suosittelemat) kaksi kertaa päivässä tai useammin, 26,2 prosenttia kerran päivässä ja 3,6 prosenttia harvemmin kuin kerran päivässä. Miesten hampaiden harjausaktiivisuus oli erittäin merkittävästi naisia vähäisempää: vain 56,5 prosenttia miehistä ilmoitti harjaavansa hampaansa vähintään kaksi kertaa päivässä ja naisista 79,7 prosenttia ( $p < 0.001$ ). Yliopisto- tai korkeakoulututkinnon suorittaneista 75,3 prosenttia ilmoitti harjaavansa hampaansa vähintään kahdesti päivässä ja opistotason ammattitutkinnon suorittaneista 76,2 prosenttia. Koulutason ammattitutkinnon suorittaneista ainoastaan 61,3 prosenttia harjasi hampaansa vähintään kahdesti päivässä ja ero oli tilastollisesti merkittävä verrattaessa sekä yliopisto- tai korkeakoulututkinnon suorittaneisiin että opistotason ammattitutkinnon suo-

*Taulukko 5. Vastaajien käyttämät erilaiset hammasproteesit koulutuksen\* mukaan jaoteltuna, %*

Proteesi	Yliopisto tai korkeakoulu n = 54	Ammattitutkinto opisto n = 72	Kaikki koulu n = 81	Kaikki n = 252
Irrotettava proteesi	3,7	25,0	34,5	26,9
Kiinteä proteesi	74,1	59,7	43,2	55,1
Keinojuuri (implantti)	22,2	15,3	22,2	17,8

\*Kaikki vastaajat eivät ilmoittaneet koulutustaan.

rittaneisiin ( $p < 0.01$ ). Fluorikäsittelyjä kariesen ehkäisemiseksi oli hammaslääkärin vastaanotolla tehty 23,5 prosentille vastaajista ja hampaiden harjausopetusta muisti saaneensa 3,1 prosenttia vastaajista. Kukaan vastaajista ei ilmoittanut saaneensa ruokailutottumuksiin liittyvää neuvontaa.

### Hoitokustannuksissa ei suuria muutoksia

Hoidossa käyneet ilmoittivat käyttäneensä edellisen vuoden aikana hammashoitonsa keskimäärin 357 euroa; vantaalaiset eniten (444 €) ja helsinkiläiset vähiten (320 €). Espoolaisten hammashoitokulut olivat olleet keskimäärin 380 euroa. Miesten hammashoitokulut (keskimäärin 411 €) olivat hieman suuremmat kuin naisten (keskimäärin 322 €). Korkeasti koulutettujen hammashoito oli maksanut keskimäärin 407 euroa ja koulutason ammattitutkinnon suorittaneiden hammashoito 291 euroa. Suurimmalla osalla vastanneista (41,3 %) hoito oli maksanut 100–299 euroa, mutta 8,1 prosenttia vastanneista ilmoitti edellisen vuoden hammashoidon maksaneen yli 1 000 euroa.

Lähes viidesosa vastaajista (17,9 %) oli sitä mieltä, että hammashoito maksoi heille uudistuksen jälkeen saman verran kuin ennenkin. Runsas kolmannes (35,0 %) ei osannut verrata kustannuksia aikaisempaan hoitojaksoon ja 35,5 prosenttia ilmoitti hammashoidon tulleen edullisemmaksi ja 10,0 prosenttia kalliimmaksi. Terveyskeskushammaslääkärillä käyneistä vastaajista 68,0 prosenttia ja yksityishammaslääkäreillä käyneistä 28,7 prosenttia ilmoitti hammashoidon tulleen uudistuksen jälkeen edullisemmaksi ( $p < 0.001$ ). Kysyttäessä erikseen yksityisham-

*Taulukko 6. Vastaajien (n = 327) yleisimpiä ehdotuksia hammashoidon saatavuuden parantamiseksi aihepiiriin mukaan jaoteltuina*

Hoidon kustannukset	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Yksityisen hammashoidon sairausvakuutuskorvausta nostettava</li> <li>* Sairausvakuutuskorvaus laajemmaksi: myös protetiikka, implantit, purentakiskot</li> <li>* sairausvakuutuskorvauksen piiriin</li> <li>* Hinnat edullisemmiksi kautta linjan</li> <li>* Hammashoidon verovähennys takaisin</li> <li>* Ilmaiset tarkastukset</li> </ul>
Hoitoon pääsy	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Nopeampi hoitoon pääsy terveyskeskuksissa. "Resurssihukkaa, kun aina ensin tarkastetaan ja sitten joutuu kuukausia jonottamaan hoitoa"</li> <li>* Jonot pois terveyskeskuksista</li> <li>* Enemmän resursseja julkiselle puolelle; palkattava lisää hammaslääkäreitä ja hammashoitajia</li> <li>* Erikoishammashoitoon pääsy helpommaksi</li> <li>* Enemmän ilt-aikoja</li> </ul>
Hoidon laatu	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Kokonaishoitoa myös terveyskeskuksissa. "Terveyskeskuksiin lisää hammaslääkäreitä, jotka ovat monipuolisia ammattilaisia"</li> <li>* Säännöllinen kutsu hammashoitoon myös terveyskeskuksissa</li> <li>* Parempaa valistusta hampaiden hoidosta</li> <li>* Lisää tiedottamista hoitovaihtoehdoista ja sairausvakuutuskorvauksesta</li> <li>* Pysyvä hoitosuhde</li> <li>* Terveyskeskustoiminta asiakaslähtöisemmäksi</li> <li>* Aikuisväestölle säännölliset käynnit suuhygienistin luona, tehokasta ennalta ehkäisevää hoitoa</li> </ul>
Oikeudenmukaisuus	<ul style="list-style-type: none"> <li>* "Terveyskeskuksessa asiakkaan puhetaidosta ja tiukkuudesta riippuu pääseekö hän hoitoon. Näinhän se ei saisi olla"</li> <li>* Tarvitaan valvontaa, etteivät yhteiskunnan korvaukset mene kallistuviin maksuihin. "Yksityisen sektorin hinnan nousut syövät korvauksen vaikutuksen"</li> <li>* Nyt tulisi panostaa huonokuntoisten ja keski-ikäisten suun terveyden parantamiseen. "Nuoriso tulee aina ensimmäisenä jokaisessa priorisointiluokituksessa! Heillähän on jo hyvin hoidetut hampaat"</li> <li>* Ennenkuulumatonta odotella kuukausikaupalla hoitoon pääsyä"</li> </ul>
Henkilökohtaisen vastuun korostaminen	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Jokainen maksakoon oman hoitonsa</li> <li>* Oma aktiivisuus hammashoidossa tärkeää</li> </ul>
Uusia ajatuksia	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Seulontatarkastukset ikäryhmittäin myös vanhemmille ikäluokille</li> </ul>
Kritiikkiä lainsäätäjille ja kunnan päättäjille	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Kaikki kunnat pitäisi pakottaa noudattamaan lakia</li> <li>* Alueellisen tasa-arvon tulisi toteutua verovaroin kustannetuissa palveluissa</li> <li>* Hammashoito tulisi järjestää samoin kuin yleinen terveydenhoito</li> </ul>

maslääkärillä käyneiden vastaajien arvioita sairausvakuutuskorvauksesta saadusta hyödystä noin puolet eli 53,2 prosenttia katsoi kuitenkin hyötyneensä uudistuksesta. Korkeasti koulutetuista yksityishammaslääkärien asiakkaista 61,0 prosenttia oli sitä mieltä, että hammashoito oli uudistuksen jälkeen selvästi halvempaa, koulutason ammattitutkinnon suorittaneista samaa mieltä oli vain 39,2 prosenttia ( $p < 0.01$ ).

Enemmistö vastanneista (85,4 %) ilmoitti, että he olivat viime hoitojakson aikana pystyneet teettämään kaikki hammaslääkäriin ehdottamat hoidot. Kustannussyistä osa vastanneista (11,7 %) ei ollut pystynyt teettämään ehdotettuja hoito-

ja; vastaava luku koulutason ammattitutkinnon suorittaneilla oli 20,3 prosenttia ja yliopisto- tai korkeakoulututkinnon suorittaneilla 3,7 prosenttia ( $p < 0.001$ ).

### **Ehdotuksia hammashoidon saatavuuden parantamiseksi**

Vastaajat saivat tehdä vapaamuotoisia ehdotuksia siitä, mitä muutoksia aikuisten hammashoitoon vielä tarvittaisiin, jotta pystyttäisiin tehokkaasti edistämään aikuisväestön suun terveyttä. Yli puolet (52 %) vastaajista käytti tätä tilaisuutta hyväkseen (taulukko 6). Lähes 30 prosenttia tähän kysymykseen vastanneista oli sitä mieltä, että yksi-



*Taulukko 7. Tulokset verrattuna samalle ikäryhmälle ennen hammashoitouudistusta vuonna 1998 tehtyyn kyselytutkimukseen*

Tutkimuskohde	Vuoden 1998 tutkimus n = 432	Vuoden 2004 tutkimus n = 646	p-arvo
Koettu suun terveys, %			
hyvä	45	54,1	p<0.001
huono tai erittäin huono	12	9,2	p = n.s
Puuttuvat hampaat, %			
ei yhtään	12	16,9	
1–5	63	62,8	
6–16	17	13,1	
yli puolet	6	6	
kaikki	2	1,3	
Koettu hoidon tarve, %	50	45,6	
Käynyt hammaslääkärissä 2 viime vuoden aikana, %	82	87,8	p<0.01
Käynyt suuhygienistillä 2 vuoden aikana, %	16	31,8	p<0.001
Käynyt erikoishammaslääkärillä 2 vuoden aikana, %	6	7,4	
Syy hammashoittoon hakeutumiseen, %			
tarkastus	47	49,7	
paikkaus	40	37,9	
hammaskiven poisto	31	31,3	
Syy palveluiden käyttämättömyyteen, %			
ei hoidon tarvetta	46	45,9	
kalleus	42	30,6	p<0.05
Ilmoitetut keskimääräiset hoitokustannukset, €			
kaikki	384	357	ero +27
Espoo	477	380	–97
Helsinki	378	320	–58
Vantaa	361	444	+83

Vuoden 1998 kustannukset muutettu sairaalakustannusindeksin avulla vastaamaan vuoden 2004 tasoa.

tyisen hammashoidon sairausvakuutuskorvauksia tulisi nostaa. Myös proteettisista hoidoista, erityisesti implanteista, olisi vastaajien mielestä pitänyt saada korvausta. Toinen selkeä epäkohta vastaajien mielestä oli jonotus terveystieteiden hammashoittoon. Kysymykseen vastanneista 20 prosenttia toivoi nopeampaa pääsyä terveystieteiden hammashoittoon ja ehdotti henkilökunnan lisäämistä terveystieteisiin. Usea vastaaja toivoi, että myös terveystieteistä kutsuttaisiin säännöllisiin tarkastuksiin. Muutamassa vastauksessa ehdotettiin väestön suun terveydentilan seurantatutkimuksia esim. 50 ikävuoden jälkeen joka viides vuosi. Eriarvoisuus ja oikeudenmukaisuuden puute tulivat vahvasti esille vapaamuotoisissa vastauksissa. Usean vastaajan mukaan terveystieteen pääsi hoitoon ainoastaan, mikäli asiakas osasi tarpeeksi tiukasti vaatia hoitoa. Yksityishammaslääkärin hintatasoa pidettiin korkeana ja hintojen nousun pelättiin jatkossa pienentävän sairausvakuutuskorvauksia. Vastaajien mukaan nykyään tulisi

hammashoidossa priorisoida vanhempaa väestönosaa, jolla on paljon hoidontarvetta.

### **Tilanne parantunut verrattaessa vuonna 1998 tehtyyn kyselytutkimukseen**

Verrattuna aikaisempaan tutkimukseen vastaajat kokivat suunsa terveydentilan paremmaksi kuin aikaisemmin (taulukko 7). Hoidon peittävyys oli myös kasvanut merkittävästi. Lähes 90 prosenttia ilmoitti käyneensä hammaslääkärillä hoidossa parin viime vuoden aikana vuonna 2004; osuus oli 82 prosenttia vuonna 1998 ( $p < 0.05$ ). Hammashuoltajien palveluiden käyttö oli kaksinkertaistunut. Ilmoitetut keskimääräiset hoitokustannukset olivat laskeneet vähän (7 %). Hoidon kalleus hoitoon hakeutumisen esteenä oli vähentynyt.

### **Pohdinta**

Tutkimuksemme kohteena oli satunnaisotos Hel-

singin, Espoon ja Vantaan 50- ja 56-vuotiaasta kotona asuvasta väestöstä. Pääkaupunkiseudun asukkaat ovat suhteellisen hyvin toimeentulevia ja koulutettuja verrattuna muuhun Suomeen ja siksi tuloksia ei voi yleistää koko maata koskeviksi (Tilastokeskus, 2005). Kyselymme vastaajissa naiset ja espoolaiset olivat hieman yliedustettuina. Joistakin vastauksista päätellen vastaajat saattoivat olla myös hieman perusväestöä korkeammin koulutettuja, ja tulokset antavat luultavasti jonkin verran todellisuutta paremman kuvan hammashoitopalvelujen käytöstä ja siihen liittyvistä tekijöistä. Hammashoitouudistuksen vaikutuksia arvioitaessa tämän pitkään yhteiskunnan tukeman hammashoidon ulkopuolella olleen kaupunkilaisväestön kokemukset ovat tärkeitä. Vastaajilla itsellään oli runsaasti omia kommentteja esitettyihin kysymyksiin ja hammashoidon edelleen kehittämiseen liittyviä ehdotuksia. Ne katsoivat varsin laajan kentän alueellisesti tasa-arvoisista hammashoitopalveluista hammashoitotoimen valvontaan ja osoittivat selvästi, että asia oli kulluttajan näkökulmasta tärkeä.

Tutkimuksemme mukaan pääkaupunkiseudun viisikymmenvuotiaat olivat viime vuosina käyneet hammashoidossa tunnollisesti ja melko tiheästi ja selvästi useammin kuin väestö koko maassa keskimäärin (Suominen-Taipale & al. 2004). Hammashoitopalvelujen käytön on aikaisemmissa tutkimuksissa osoitettu olevan myös yhteydessä palvelujen tarjontaan (Grytten & Sorensen 2000), ja pääkaupunkiseudulla hammaslääkäritiheys on ollut ja oli tutkimushetkellä suuri. Espoossa oli yksi hammaslääkäri 716:ta asukasta kohti, Helsingin ja Vantaan vastaavat luvut olivat 820 ja 1 897 (Widström & al. 2005). Yksityisiä palveluita on luonnollisesti aina käytetty yli kuntarajojen. Noin viidennes yksityissektorin potilaista kertoi olevansa kutsujärjestelmän piirissä, jolloin hammaslääkäri kutsuu säännöllisesti tarkastukseen. Kutsujärjestelmää pidetään asiakaslähtöisenä palveluna, mutta se voi johtaa myös tarjontajohdetuun kysyntään. Julkisella sektorilla ei kutsujärjestelmää aikuisten hoidossa juuri käytetty, mikä oli luonnollista tilanteessa, jossa hoitoon pyrkijöitä oli paljon ja hoidettavat tulee priorisoida hoidon tarpeen perusteella niin, että suurimman hoidon tarpeessa olevat hoidetaan ensin.

Hammashoitopalvelujen käyttö oli kohderyhmällä noussut verrattuna pääkaupunkiseudulla kuusi vuotta aikaisemmin tehdyn vastaavan tutkimuksen tuloksiin (Hiiri & al. 2001). Vaikka

tutkimuksen kohteena ollut ikäryhmä oli ikänsä käyttänyt pääasiallisesti yksityisen sektorin palveluita ja valtaenemmistö oli käynyt varsin pitkään samassa hoitopaikassa, noin neljännes oli vaihtanut tai yrittänyt vaihtaa hoitopaikkaa uudistuksen tehtyä sen periaatteessa mahdolliseksi. Tavallisimmin oli vaihdettu yksityiseltä sektorilta julkiselle. Tämä on sinänsä merkittävä muutos, joka aiheuttaa suuria paineita erityisesti pääkaupunkiseudun terveyskeskuksille, mutta antaa aihetta miettiä myös yksityissektorin toimintaa. Äskettäin ilmestyneen tilastoraportin (Widström & al. 2005) mukaan terveyskeskusten hammashoitopalveluita oli aikuisväestöstä käyttänyt/saanut Espoossa ja Helsingissä 17 prosenttia aikuisista ja Vantaalla 22 prosenttia vuoden 2003 aikana. Näistä valtaosa oli kuitenkin ollut ns. nuoria aikuisia eli vuonna 1956 ja myöhemmin syntyneitä. Yksityisiä palveluita oli aikuisista käyttänyt Espoossa 34 prosenttia, Helsingissä 30 prosenttia ja Vantaalla 28 prosenttia. Kasvu vuodesta 2000 vuoteen 2003 terveyskeskuspalveluita käyttäneiden aikuisten väestöosuudessa oli Espoossa ja Vantaalla tilastojen mukaan noin viisi prosenttia ja Helsingissä neljä prosenttia. Tutkimuksemme mukaan hoitoon pääsy ei näissä pitkään etupäässä nuorta väestöä hoitaneissa terveyskeskuksissa ollut keski-ikäisen potilaan näkökulmasta tyydyttävää.

Toinen huomion arvoinen asia oli se, että keski-ikäisellä ”omahampaisella” väestöllä oli paljon heidän itsensä päivystysluonteiseksi kokemaa hoidon tarvetta: paikkojen irtoamisia, lohkeamisia ja proteesien korjausta, mikä johtuu pitkälti tälle ”amalgamisukupolvelle” tehdyistä runsaista aikaisemmista hammashoitotoimenpiteistä. Tällöin säännöllisestikin hoidossa käyvät joutuivat tekemään ”ylimääräisiä” päivystyskäyntejä, niin kuin kyselymme vastaajat kertoivat. Tämä lisäsi hoitopalvelujen tarvetta ja käyttöä. Sama ilmiö on vastaavalla ikäkohortilla havaittu myös muualla (Holst & al. 2004). Maaliskuun alussa 2005 voimaan tullut kansanterveyslain muutos hoitoon pääsyn turvaamisesta säätää myös suun terveydenhoidossa enimmäisajat kiireettömään hoitoon pääsulle. Suun terveydenhoidossa on tarpeellinen kiireellinen hoito järjestettävä välittömästi ja kiireetön hoito viimeistään kuudessa kuukaudessa siitä, kun sen tarve on arvioitu. Tutkimuksemme mukaan myös kiireelliseen hoitoon pääsyssä oli vielä parantamisen varaa pääkaupunkiseudulla – sekä julkisella että yksityisellä sektorilla.



Pääkaupunkiseudun keski-ikäisillä täydellinen hampaattomuus ja siihen liittyvä irtokokoproteesien käyttö näyttäisivät olevan vähenemässä muuta maata nopeammin ja monimutkaiset proteesiratkaisut ovat lisääntymässä varttuneen aikuisväestön suussa. Lähes joka kymmenennellä vastaajalla oli puuttuvia hampaita korvattu keinojuurilla eli implanteilla. Implantit edustavat uusinta hoitoteknologiaa ja ovat potilaille varsin kalliita teetä. Ne ovat käyttömukavuudeltaan kuitenkin irtoproteeseja parempia. Myös käytössä omien hampaiden kaltaisia (kulta)kruunuja ja siltoja oli kohdallaisen runsaasti erityisesti niillä vastaajilla, jotka olivat korkeasti koulutettuja. Voidaankin todeta, että pääkaupunkiseudun keski-ikäisten sosiaalinen tausta heijastui vielä selvästi mahdollisuuksiin korvata puuttuvat hampaat ajanmukaisin ja kestävin menetelmin. Vastaajat pitivätkin suurena epäkohtana sitä, että yhteiskunnan tuki ei kohdentunut riittävästi heille tarpeellisiin hoitoihin. Vaikka keski-ikäisellä ja iäkkäällä väestöllä puuttuvia hampaita joudutaan korvaamaan sekä purennallisista ja esteettisistä että jopa foneettisista syistä, hammasproteesihoidot eivät kuulu sairausvakuutuskorvausten piiriin. Tällä väestöryhmällä on myös paljon suuria paikkoja, joita tulisi voida korvata proteettisilla kruunuilla, jotka taas voisivat olla pitkäaikaisempia ja pitkällä aikavälillä taloudellisempia hoitoratkaisuja kuin yhteiskunnan nyt subventoima hammaspaikkojen jatkuva korjailu. Tilanne oli jokseenkin samanlainen silloin, kun rintamaveteraanien hammashoitoa alettiin korvata sairausvakuutuksesta vuonna 1992. Vaikka tiedettiin, että puolet veteraaneista oli hampaattomia ja 80 prosenttia käytti jonkinlaista irtoproteesia, hammashoitokorvaukset kohdennettiin ehkäiseviin toimenpiteisiin ja perushoitoihin ja vain osittain proteeseihin. Tällöin korvaukset kohdistuivat hyvähampaisiin (jotka tässäkin ikäryhmässä olivat muutenkin hyväosaisia) enemmän kuin niihin, jotka olivat huonommassa asemassa ja eniten hoidon tarpeessa. Muutamaa vuotta myöhemmin hammastekniset työt ja erikoishammasteknikkojen tekemät proteesit otettiin mukaan veteraanien korvausten piiriin ja hoitopalvelujen käyttäjäpiiri laajeni vastaamaan paremmin hoidon tarvetta (Helminen & Widström 2005). Meillä protetiikka on aikuishammashoidon uudistuksessa jätetty korvausten ulkopuolelle kustannussyistä. Kun myös suurissa terveyskeskuksissa on perinteisesti tehty vähän proteesihoitoja, epäkohta on potilasnäkökulmasta ilmeinen.

Proteettisten hoitojen tarpeellisuuden ja kustannusten kohtuullisuuden varmistamiseksi näitä hoitoja sairausvakuutuksesta korvaavissa maissa, kuten esimerkiksi Ranskassa ja Ruotsissa, on vallalla käytäntö, jossa hammaslääkäri esittää etukäteen hoitosuunnitelman potilaan tarvitsemas- ta proteettisesta hoidosta sairausvakuutus- kas- san asiantuntijahammaslääkärin arvioitavaksi ja sen hyväksymisen jälkeen potilas saa korvauksen hammaslääketieteellisesti perustellusta proteettisesta työstä.

Suun terveyden yleisestä paranemisesta huolimatta Terveys 2000 -väestötutkimuksen mukaan karies ja iensairaudet olivat aikuisväestössä yhä vielä yleisiä, kariesta sairasti joka neljäs hampaallinen ja yli 44-vuotiailla iensairautta esiintyi noin 70 prosentilla miehistä ja 60 prosentilla naisista (Suominen-Taipale & al. 2004). Hyvällä kotihoidolla voidaan ennaltaehkäistä ja hoitaa näitä yleisimpiä suun sairauksia. Hampaiden harjaaminen kahdesti päivässä fluorihammastahnnalla on tehokas tapa ehkäistä hampaiden reikiintymistä (Att förebygga ..., 2002; Marinho & al. 2003) ja iensairauksia (Kronisk ..., 2004). Tutkimuksemme mukaan hampaiden harjaus oli miehillä yhä riittämätöntä. Vain hieman yli puolet heistä ilmoitti harjaavansa tarvittavat kaksi kertaa päivässä. Myös koulutustausta oli yhteydessä harjausaktiivisuuteen ja korkeasti koulutetut harjasivat kaikkein aktiivisimmin. Hammaslääkärin vastaanotolla harjausopetusta muisti saaneensa ainoastaan 3,1 prosenttia kyselyyn osallistuneista, eikä ruokailutottumuksiin ollut puututtu lainkaan. Sen sijaan passiivista sairauden ehkäisyä edustavia fluorikäsittelyjä oli tehty useammille vastaajille. Vaikka hammas- ja suusairauksien ehkäisyn tärkeydestä puhutaan jatkuvasti, sen toteutus käytännön hoitotyössä näytti olevan vanhakantaista eikä tukenut itsehoitoa. On toivottavaa, että lisääntymässä oleva hammashuoltajapalvelujen (suuhygienistipalvelujen) käyttö toisi tähän asiaan parannusta. Väestön olisi jo korkea aika oppia selviytymään hammassairauksien ehkäisystä vaikuttavuudeltaan tehokkaimmiksi tiedettyin kotikeinon.

Yllättävää oli, että vain runsas kolmannes vastaajista koki hammashoidon tulleen edullisemmaksi hammashoitouudistuksen jälkeen. Terveyskeskukseen päässeistä useimmat olivat saaneet aikaisempaa edullisempaa hoitoa, mutta yksityishammaslääkärillä käyneistä vastaajista ainoastaan vähän yli puolet katsoi hyötynensä sairausva-

kuutuskorvauksista. Tämä voi viitata siihen, että potilaat ovat teettäneet enemmän sairausvakuutuskorvausten ulkopuolella olevia proteesihoitoja, kun perushoito on tullut aikaisempaa halvemmaksi. Myös yksityisestä hammashoidosta perityt hinnat ovat viime vuosina selvästi nousseet. Vapaan hinnoittelun ja Kelan omaan taksaan sidottujen sairausvakuutuskorvausten vuoksi potilaiden osuus yksityisen hammashoidon kustannuksista nousi melkein 10 prosenttia vuodesta 2000 vuoteen 2004. Hammaslääkärien hinnoittelu ei ole vapaata sairausvakuutusjärjestelmän kautta hammashoitoa korvaavissa suurissa maissa, esimerkiksi Saksassa ja Ranskassa, eikä edes kaikissa pienemmissä, kuten esimerkiksi Tanskassa, vaan korvausten piiriin kuuluville hoidoille neuvotellaan ammattiliittojen kanssa maksimihinnat, joihin korvausta voi saada. Suomalaisessa hammashoidossa ei ole toimivia markkinoita, joten kilpailu ei ole juuri vaikuttanut hintoihin (Mikkola & al. 2005). Yksittäinen potilas on riippuvainen hammaslääkäristään, tietää liian vähän tarvittavasta hoidosta ja hoitovaihtoehtoista eikä kykene hankkimaan itselleen edullisinta hoitoa hintoja ja laatua vertailemalla niin kuin muiden hyödykkeiden/palveluiden kohdalla.

Ristiriitaista oli se, että korkeasti koulutetut käyttivät eniten rahaa hammashoitoonsa, vaikka heidän subjektiivinen hoidon tarpeensa oli vähäisin ja kliiniset terveystutkimukset ovat osoittaneet myös ”objektiivisen” hoidon tarpeen tässä ryhmässä pienimmäksi. Ruotsissa on osoitettu, että nuoret aikuiset saivat enemmän hoitotoimenpiteitä yksityisellä kuin julkisella sektorilla ja tällöin myös hoidon kustannukset olivat korkeammat (Sjöström & al. 1999). Myös meillä nuorten aikuisten hoito oli aikaisemman tutki-

muksen mukaan varsin kaavamaista ja hoitokustannukset yksityissektorilla pitemmällä aikavälillä samanlaiset satunnaisilla ja säännöllisillä kävijöillä (Suominen-Taipale & Widström 2000). Ero hoitokustannuksissa julkisen ja yksityisen sektorin välillä olikin tämän kyselyn kohderyhmän mukaan tärkeä, mutta ei ainoa syy siihen, että hoitosektoria oli vaihdettu tai haluttu vaihtaa. Hoitokustannusten merkitys hoitopalvelujen käytön esteenä näytti viime vuosina kokonaisuudessaan jopa hieman vähentyneen. Hoitosubventioista huolimatta noin joka kymmenes vastaaja ei ollut kustannussyistä pystynyt teettämään tarpeellisiksi katsottuja hoitoja viime hoitajak-sollaan. Tämä koski erityisesti vähän koulutettuja vastaajia, joista joka viides oli tässä tilanteessa. Myös itse arvioitu suun sairauksien hoidon tarve oli suurin koulutason ammattitutkinnon suorittaneiden keskuudessa.

Oikeudenmukaisuudella tarkoitetaan terveydenhuollossa sitä, että hoitopalvelut annetaan todellisen tarpeen eikä esimerkiksi asuinpaikan tai maksukyvyn mukaan. Keski-ikäisen pääkaupunkilaisväestön näkökulmasta oikeudenmukaisuus hammashoidossa on hammashoitouudistuksen toteuduttua parantunut hoitoon pääsyssä – paljolti julkisten palveluiden avautumisen myötä. Sosioekonominen tausta vaikutti yhä siihen, mitä hoitoa potilas osasi vaatia ja sai. Hammashoidossa kehityssuunta näyttäisi olevan yhteisvastuullisesti rahoitetun osuuden (verovarar ja sairausvakuutuskorvaukset) kasvaminen hiljalleen. Tämä kasvuosuus tulisi kohdentaa hammashoidossa toimenpiteisiin, joilla parannetaan eniten hoidon tarpeessa olevan varttuneemman aikuisväestön suun terveyttä.

## TIIVISTELMÄ

*Annamari Nihtilä & Eeva Widström: Haasteena oikeudenmukaisuus – keski-ikäisten kokemuksia hammashoitouudistuksesta pääkaupunkiseudulla*

Kansanterveyslakiin tehdyt muutokset velvoittivat kunnat järjestämään suun terveydenhuoltopalvelut koko väestölle viimeistään joulukuussa 2002 ja samalla laajennettiin yksityisen hammashoidon sairausvakuutuskorvaukset koskemaan koko väestöä.

Pääkaupunkiseudun viisikymmenvuotiaille tehdyn kyselytutkimuksen mukaan tämä aikaisemmin yhteiskunnan tukemien hoitopalveluiden ulkopuolella ollut ryhmä oli käynyt hammashoidossa säännöllisesti ja melko tiheästi ja selvästi useammin kuin väestö koko maassa keskimäärin. Tutkitut olivat käyttäneet pää-

asiallisesti yksityisen sektorin palveluita, ja yli puolet vastaajista oli käynyt samalla hammaslääkärillä yli 10 vuotta. Kuitenkin noin neljännes kyselyyn vastanneista oli vaihtanut tai yrittänyt vaihtaa hoitopaikkaa, tavallisimmin yksityiseltä sektorilta julkiselle sektorille. Tämä suuntaus aiheuttaa paineita pääkaupunkiseudun terveyskeskuksille.

Pääkaupunkiseudulla keski-ikäisten täydellinen hampaattomuus ja siihen liittyvä kokoproteesien käyttö näyttivät vähenevän muuta maata nopeammin ja sen sijaan monimutkaiset kiinteät proteesit olivat lisääntyneet varttuneen aikuisväestön suussa. Vastaajista 7 prosenttia ilmoitti, että heillä oli puuttuvia hampaita korvattu keinojuurilla (implanteilla). Sosioekonomiset erot suun terveydessä olivat edelleen suuria. Vähiten

koulutetuilla oli eniten koettua hoidon tarvetta ja he harjasivat hampaansa harvemmin kuin korkeasti koulutetut. Korkeasti koulutetuilla oli eniten käyttömukavuudeltaan parempia ja hinnaltaan irtoproteeseja kaltevia kiinteitä hammasproteeseja. Korkeasti koulutetut käyttivät eniten rahaa hammashoitonsa, vaikka heidän subjektiivinen hoidon tarpeensa oli vähäisin.

## KIRJALLISUUS

- ATT FÖREBYGGA KARIES. En systematisk litteratöversikt. Rapport nr 161. Göteborg: SBU, 2002
- GRYTEN, J. & SORENSEN, R.: Competition and dental services. *Health Econ* 9 (2000): 5, 447–461
- HELMINEN, SARI & WIDSTRÖM, EEVA: Ten years of publicly subsidised private dental care for World War II veterans in Finland. Lähetetty julkaistavaksi 2005
- HIIRI, ANNE & WIDSTRÖM, EEVA & HONKALA, EINO: Pääkaupunkiseudun 50-vuotiaiden asukkaiden hammashoitopalvelujen käyttö – tilanne 1998, ennen hammashoitokorvausten laajenemista. *Suomen Hammaslääkärilehti N.s. Vol. VIII* (2001): 21, 1258–1261
- HOLST, DORTHE & SCHULLER, ANNEMARIE & GIMMESTAD, ANNE: Tannhelsen i dynamisk endring – fra sykdomsrisiko til helsepotensial. *Den Norske Tannlegeforenings Tidende* 16/2004, 114
- KRONISK PARODONTIT – PREVENTION, DIAGNOSTIK OCH BEHANDLING. En systematisk litteratöversikt. Rapport nr 169. Mölnlycke: SBU, 2004
- MARINHO, V. & HIGGINS, J. & LOGAN, S. & SHEIMAN, A.: Fluoride toothpastes for preventing dental caries in children and adolescents. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 1
- MIKKOLA, HENNAMARI & WIDSTRÖM, EEVA & JAUHIAINEN, SAMI & VESIVALO, ARTO: Yksityiset hammashoitopalvelut Isossa-Britanniassa, Ruotsissa ja Suomessa. *Yhteiskuntapolitiikka* 70 (2005): 1, 15–27
- NYMAN, KAUKO: Hampaiden tila ja hoito Suomessa 1987. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M:76. Helsinki 1990
- POUTANEN, RAIJA & WIDSTRÖM, EEVA: Sosiaalinen tausta ja hammashoitopalvelujen käyttö. Katsaus 1950-luvulta nykypäivään. *Yhteiskuntapolitiikka* 66 (2001): 3, 248–255

Yllättävä tulos oli, että vain runsas kolmannes vastaajista koki hammashoidon tulleen edullisemmaksi, vaikka yhteiskunnan tukea hammashoitoon oli lisätty huomattavasti. Terveyskeskukseen päässeistä useimmat olivat saaneet edullisempaa hoitoa. Yksityishammaslääkärillä käyneistä vastaajista ainoastaan puolet katsoi hyötynensä sairausvakuutuskorvauksista.

- SJÖSTRÖM, OVE & JÄLEVIK, BIRGITTA & HOLST, DOROTHE: Dental care of young adults in West Sweden. *Swed Dent J* 23 (1999): 4, 133–140
- SUOMINEN-TAIPALE, LIISA & NORDBLAD, ANNE & VEHKALAHTI, MIIRA & AROMAA, ARPO: Suomalaisten aikuisten suun terveys. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B16/2004. Helsinki 2004
- SUOMINEN-TAIPALE, LIISA & WIDSTRÖM, EEVA: A longitudinal study of young Finnish adults' use of subsidized private sector dental care, 1986–1997. *Community Dent Oral Epidemiol* 28 (2000), 365–372
- SUOMINEN-TAIPALE, LIISA & WIDSTRÖM, EEVA & ALANEN, PENTTI & UTELA, ANTTI: Trends in self-reported use of dental services among Finnish adults during two decades. *Community Dental Health* 17 (2000): 1, 31–31
- TILASTOKESKUKSEN WWW-SIVUT, 2005: [www.tilastokeskus.fi](http://www.tilastokeskus.fi)
- VEHKALAHTI, MIIRA & PAUNIO, ILKKA & NYSSÖNEN, V. & AROMAA, ARPO (toim.): Suomalaisten aikuisten suunterveys ja siihen vaikuttavat tekijät. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL 34. Helsinki ja Turku 1991
- WIDSTRÖM, EEVA & NIHTILÄ, ANNAMARI: Aikuisten hammashoito suurten ja keskisuuren kaupunkien terveyskeskuksissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 69 (2004): 4, 393–400
- WIDSTRÖM, EEVA & NISKANEN, TAPANI & RINTANEN, HANNU: Hammashoitouudistuksen seuranta vuosina 2000–2003. Aiheita 13/2005. Helsinki: Stakes, 2005
- WIDSTRÖM, EEVA & UTRIAINEN, PEKKA & PIETILÄ, ILPO: Suun terveydenhuollon palvelutarjonta terveyskeskuksissa vuonna 1996. Aiheita 12/1997. Helsinki: Stakes, 1997.